

3.7 Adam/Klissouras/Ravazzolo/Renson/Tuxworth (1988): Eurofit

Eurofit ist ein Test zur Überprüfung der allgemeinen körperlichen Fitness von Kindern. Eine **Altersspanne** wird mit 6 bis 18 Jahren angegeben (vgl. Bös 2016).

Dieser **Test** wurde von verschiedenen **Autoren** in einer 10jährigen Kooperation der europäischen Staaten Österreich, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Island, Italien, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Portugal, Spanien, Schweden, Schweiz, Türkei und Großbritannien konstruiert.

Drei Hauptgründe haben zur Erstellung des Eurofit inspiriert (vgl. Adam et al. 1988, 9 f.):

- › Die körperliche Fitness ist eine bedeutende Komponente der Gesundheit und der körperlichen Erziehung
- › Die Einschätzung der körperlichen Fitness ist wertvoll für Erzieher und Kinder
- › Der Eurofit soll einen Beitrag zur Erziehung darstellen

Als **Ziel** des Tests wird formuliert, dass er Kinder dazu auffordern soll, Freude am regulären Sport und anderen körperlichen Aktivitäten zu haben (vgl. Adam et al 1988, 5). Eurofit stellt ein wissenschaftliches Forschungsinstrument dar, welches die körperliche Fitness von Kindern einschätzen soll (vgl. ebd. 22).

Der motorische Hauptbereich besteht aus verschiedenen **Dimensionen körperlicher Fitness**:

- › Cardio-respiratory endurance (Herz-Atmungs-Ausdauer/kardiopulmonale Ausdauer)
- › Strength (Kraft)
- › Static (statisch)
- › Explosive (dynamisch)
- › Trunk strength (Kraft des Rumpfes; muskuläre Ausdauer des Unterleibes)
- › Functional strength (funktionelle Kraft; Arm- und Schulter betreffende muskuläre Ausdauer)
- › Muscular endurance (Muskelausdauer)
- › Speed (Schnelligkeit)
- › of limb movement (Schnelligkeit einzelner Körpergliederbewegungen)
- › running, agility (Schnelligkeit beim Laufen)
- › Flexibility (Beweglichkeit)
- › Balance (Gleichgewicht)

Die einzelnen motorischen Dimensionen werden nicht definiert. Es werden keine Zusammenhänge zwischen den einzelnen Bewegungsdimensionen/motorischen Dimensionen deutlich gemacht. Es liegt kein **theoretisches Modell** von Bewegungsentwicklung vor.

Für die Auswahl der einzelnen Tests des Eurofit wurden bestimmte Kriterien festgelegt. Unter anderem sollten die Aufgaben für eine große Gruppe von Kindern (und manchmal Erwachsener) beider Geschlechter anwendbar sein. Die Testgütekriterien sollten hinreichend erfüllt sein (vgl. ebd. 16).

Der motorische Test besteht aus neun Aufgaben zu den jeweiligen oben genannten Bewegungsdimensionen. Die Aufgaben sollen in einem Stationsbetrieb nacheinander, das heißt in einer bestimmten Reihenfolge, durchlaufen werden.

Motorische Dimension	Aufgabe
general balance	Flamingo balance (Einbeinstand auf einem Holzbalken)
Speed of limb movement	Plate tapping (während eine Hand in der Mitte liegt, klopft die Vorzugshand abwechselnd links und rechts auf Scheiben)
Flexibility	Sit and reach (Sitzen und Arme ausstrecken)
Explosive strength	Standing broad jump (aus dem Stand einen Schlusssprung machen)
Static strength	Hand-grip (Hand-Griff bzgl. Dynamometer)
Trunk strength	Sit-ups
Functional strength	Bent arm hang (Klimmzüge)
Running speed/agility	Shuttle run, 10 × 5 m (Hin- und Herrennen)
Endurance	Shuttle run

Tab. 11: Aufgaben Eurofit

Die Anwendung des Verfahrens ist einfach, kostengünstig und unkompliziert zu handhaben und als Teil einer schulischen Ausbildung, in Clubs oder sportmedizinischen Zentren vorgesehen.

Damit der Eurofit wertvolle Aussagen liefert, sollte sich an die Testvorgaben bzw. das empfohlene **Vorgehen** gehalten werden und das Kind bestmöglich motiviert werden. Als Anwender kommen die Personen in Betracht, die Einblick in Bezug auf die körperliche Fitness des Kindes haben. Optimalerweise ist Eurofit mit jedem Kind zweimal im Jahr durchzuführen (am Anfang und am Ende des Schuljahres). Aufgrund hoher Itemzahl und hoher Belastung kann der Test auch auf zwei Tage verteilt werden (vgl. Bös 2016). Der Test ist in der vorgegebenen Reihenfolge, mit genauer Testanweisung und immer unter den gleichen Bedingungen auszuführen (Objektivität). Für den Testleiter gibt es genaue Instruktionen, was er zu tun hat (Positionierung, Beobachtung u. a.) (vgl. Eurofit 1988, 22 f.).

Der Testleiter erklärt dem Kind, was der Test herausfinden soll und er kommentiert entsprechende Resultate. Abschließend werden dem Kind die Ergebnisse persönlich mitgeteilt (vgl. Adam et al 1988, 22 f.).

Eine **Bewertung** erfolgt bezüglich Anzahl/Häufigkeit der Versuche, Zeit, Weite, Schwere und Fehler/Richtige.

Spezielle Empfehlungen bzw. Normvorschläge sollten von Land zu Land formuliert werden (vgl. ebd. 22 f.); es liegen als **Bezugssystem** länderspezifische alters- und geschlechtsspezifische Vergleichswerte vor (vgl. Bös 2016).

Der Test lehnt sich aufgrund der länderübergreifenden Initiative an verschiedene europäische Testverfahren an (v. a. Oseretzky-Tests), was auch deutlich bei den einzelnen Aufgaben erkennbar wird. Explizit benannt werden die Ursprünge und **theoretischen Anlehnungen** nicht. Anhand der Aufgaben und der Art der Durchführung und Auswertung lässt sich vermuten, dass ein eher medizinisches **Menschenbild** zugrunde liegt, bei dem es um die quantitative Einschätzung von Leistung geht.

3.8 Eggert/Ratschinski/Reichenbach (2008): Diagnostisches Inventar motorischer Basiskompetenzen (DMB)

Die Idee der Nutzung von **Diagnostischen Inventaren** anstelle von Testverfahren stammt von Pawlik (1976), welcher bereits "Inventarisieren statt Testen" forderte (vgl. Reichenbach & Thiemann 2013).

Für die Beobachtung und Einschätzung von Kompetenzen im Rahmen einer psychomotorischen Förderung können sog. Diagnostische Inventare eingesetzt werden. Hier haben Eggert und Mitarbeiter bisher sieben verschiedene Diagnostische Inventare entwickelt:

- › Eggert/Ratschinski/Reichenbach (2008): DMB – Diagnostisches Inventar motorischer Basiskompetenzen. Neubearbeitung.
- › Eggert/Reichenbach (2005): DIAS – Diagnostisches Inventar auditiver Alltagshandlungen. Neubearbeitung.
- › Eggert/Wegner-Blesin (2000): DITKA – Diagnostisches Inventar taktil-kinästhetischer Alltagshandlungen
- › Eggert/Bertrand (2002): RZI – Raum-Zeit-Inventar
- › Eggert/Reichenbach/Bode (2003): SKI – Selbstkonzept-Inventar
- › Reichenbach, C./Lücking, C. (2009): DiSb – Diagnostik im Schuleingangsbereich
- › Vries, Carin de (2013): DIFMaB – Diagnostisches Inventar zur Förderung Mathematischer Basiskompetenzen

Um das Anliegen Diagnostischer Inventare zu verdeutlichen, folgen zunächst allgemeine inventarübergreifende Ausführungen. Danach wird konkret auf das DMB als bewegungsdiagnostisches Verfahren eingegangen.

Diese Inventare wurden zur Beobachtung und Einschätzung verschiedener Entwicklungskompetenzen von Kindern im **Vorschul- und Grundschulbereich** entwickelt. Sie können als Instrumentarium zur Diagnostik und/oder Förderung genutzt werden.

Inventare dienen einer individuellen, differenzierten Beobachtung von Verhaltensrepertoire einer Person. Dabei sollte zuvor eine bestimmte Fragestellung oder/und ein bestimmter Entwicklungsausschnitt zur Beobachtung festgelegt werden. **Ziel** ist es demnach, Menschen in ihrer Entwicklung individuell (bzgl. ihrer Stärken und Förderbedürfnisse) zu beschreiben und Veränderungen diesbezüglich aufzuzeigen.

Diagnostische Inventare stellen eine Form von Diagnostik ohne formale Vorgaben dar. Das heißt zum einen, dass keine Normierungen bzgl. allgemeiner Entwicklung existieren und zum Anderen, dass nicht (allein) ein Entwicklungsstand festgestellt, sondern dieser auch verstanden und umfangreich interpretiert (mittels fortlaufender Hypothesenbildung) werden soll.

Ein weiteres Ziel besteht darin, herauszufinden, in welcher Umgebung ein Kind die „am wenigsten einschränkende“ Lernbedingung finden kann und welche Schritte dafür in Angriff genommen werden müssen. Im förderdiagnostischen Sinn sollen mit diesen Aufgaben eine vor allem auf die Bestimmung individueller Kompetenzen ausgerichtete Beobachtung und eine praxisorientierte Planung der Förderung möglich sein.

Jedem Diagnostischen Inventar liegt ein **theoretisches Modell** von dem jeweils zu untersuchenden Entwicklungsbereich (Motorik, auditive Wahrnehmung, taktil-kinästhetische Wahrnehmung, Raum-Zeit-Wahrnehmung, Selbstkonzept) zugrunde. Jedes Modell enthält verschiedene Dimensionen des entsprechenden Entwicklungsbereichs. Die Entwicklungsmodelle wurden von den Autoren jeweils selbst entwickelt und ihre Brauchbarkeit für die Praxis überprüft. Bei der Entwicklung der jeweiligen Modelle wurde sich an unterschiedliche Autoren angelehnt (z. B.: Frostig, Maslow, Guilford, Fetz, Epstein, Filipp), welche sich bereits mit dem speziellen Entwicklungsbereich beschäftigt haben. Weiterhin wird von Eggert stets Bezug zu allgemeinen entwicklungspsychologischen Erkenntnissen genommen, so u. a. auf Piaget, Cohn, Zimbardo, Schiepek, Maturana/Varela, Bronfenbrenner, wobei diese dann im Zusammenhang zu den konkreten Ausführungen betrachtet werden.

Da es hier um diagnostische Möglichkeiten zur Erfassung motorischer Kompetenzen geht, wird im Folgenden das dem „Diagnostischen Inventar motorischer Basiskompetenzen“ zugrunde liegende **Modell motorischer Entwicklung** vorgestellt (vgl. Eggert/Ratschinski 1993, 29 ff.).

Auch wenn Kritik an einer Zergliederung von Entwicklungsbereichen erfolgt, so kommt Eggert dem Wunsch der Kritiker nach, welche fordern, dass aus einer Theorie (hier von kindlicher Motorik) Praxisaufgaben abgeleitet werden müssen. Somit existiert theoretisch ein Verständnis vom ganzheitlichen Entwicklungsge-

schehen und pragmatisch erfolgt ein Überblick über einzelne Aspekte der individuellen Entwicklung von Bewegungshandlungen.

Eggert/Ratschinski stellten ein eigenes einfaches **Strukturmodell** zur Entwicklung der Motorik auf, welches sowohl in der Diagnostik als auch in der Förderung Anwendung finden soll.

Ziel war es, eine entwicklungspsychologische Begründung einer Struktur psychomotorischer Basiskompetenzen als hierarchische Abfolge der Faktoren zu liefern.

Es wurde ein hypothetisches Entwicklungsmodell psychomotorischer Basisfaktoren aufgestellt. Dabei betreffen die Festlegungen des Modells die Zahl und Art der Faktoren, nicht aber unbedingt die Reihenfolge und Wechselwirkungen. Das Modell postuliert einen denkbaren hierarchischen Zusammenhang zwischen **motorischen Basiskompetenzen**. In ihm werden die motorischen Basiskompetenzen aufgeführt, die für die Entwicklung bedeutend sind. Die ursprüngliche Annahme bestand darin, dass die motorische Entwicklung im Grundschulalter von Gelenkigkeit über Kraft, Ausdauer und Schnelligkeit zum Gleichgewicht fortschreitet.

Die betrachteten **Dimensionen** von Entwicklung werden beschrieben, das heißt dass das Verständnis bzgl. der Dimensionen dargelegt bzw. definiert wird (vgl. Ratschinski 1987; vgl. Eggert u. a. 2008).

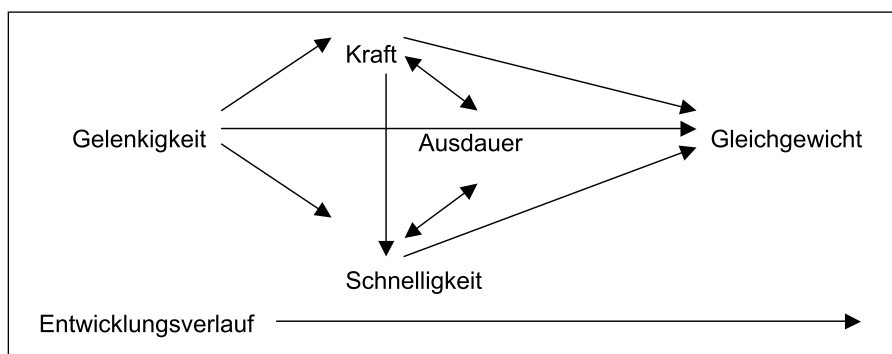


Abb. 14: Hypothetisches Entwicklungsmodell psychomotorischer Basisfaktoren

Auf Grundlage dieses Modells wurden Beobachtungssituationen entwickelt und es erfolgte eine umfangreiche Untersuchung dieser Aufgaben mit ca. 1200 Schulkindern.

Nach den Erhebungen wurde das „hypothetische Entwicklungsmodell“ überarbeitet. Die Veränderungen umfassen die angenommene Reihenfolge der Entwicklung motorischer Basiskompetenzen sowie gleichzeitig die Annahme, dass es kein lineares allgemein gültiges Modell geben kann. Das alternative revalidierte **Modell** zur Entwicklung der Motorik geht davon aus, dass dem Gleichgewicht eine grundlegende Funktion zukommt und von dort aus über Kraft/Ausdauer und Gelenkigkeit alles zur Schnelligkeit führt. Schnelligkeit wird hier als

Endpunkt der motorischen Entwicklung im Alter von 7–12 Jahren betrachtet (vgl. Eggert u. a. 2008).

„Mit den beiden bisher vorgenommenen Plausibilitätsüberprüfungen des theoretischen Entwicklungsmodells der Motorik wird deutlich, dass die zunächst angenommene hypothetische Beziehungsstruktur nicht empirisch zu bestätigen ist. Sowohl die Gruppenunterschiede als auch die Interkorrelationen deuten auf eine sehr konkrete alternative Struktur, die, als Entwicklungsstruktur interpretiert, ihren Ausgangspunkt im Gleichgewicht nimmt und sich zur Schnelligkeit fortentwickelt.“ (Eggert u. a. 2008).

Genauere Ausführungen zu den Untersuchungen, einschließlich Korrelationen und Ergebnisse, finden sich im DMB (Eggert u. a. 2008). Die bereits im hypothetischen Entwicklungsmodell enthaltenen fünf motorischen Basiskompetenzen bleiben bestehen und werden als wesentlich angesehen, wenn Aussagen zur motorischen Entwicklung getroffen werden sollen.

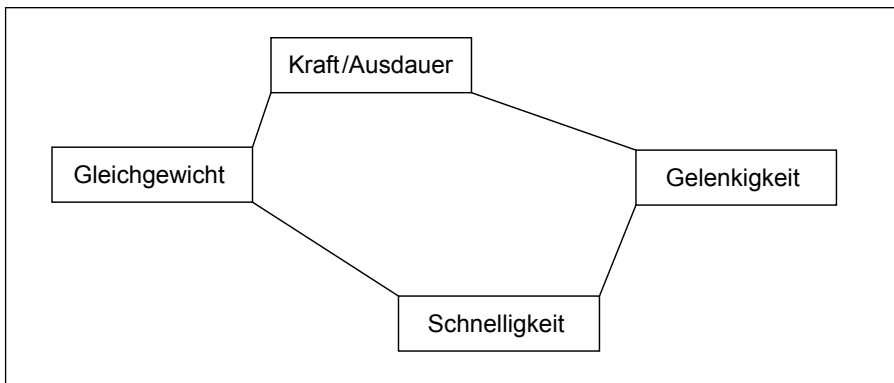


Abb. 15: Revalidiertes theoretisches Modell zur Entwicklung der Motorik

Basierend auf dem theoretischen Modell bzw. Verständnis ist der Praxisteil konzipiert. Dieser besteht aus einer Vielzahl von **Aufgaben**, die in so genannten Kernaufgaben und zusätzlichen Beobachtungssituationen unterteilt werden. Die Kernaufgaben (zwischen 6–24 Aufgaben) stellen eine Auswahl von Aufgaben bzw. Situationen dar, die sich besonders für Beobachtungen jeweiliger Kompetenzen eignen. Die Aufgaben sind entweder nach Schwierigkeitsgraden gestaffelt oder eine Aufgabe enthält bereits in sich verschieden gestaffelte Anforderungen. Die Zuordnung der Aufgaben soll eine Einheit bzw. Verbindung von Diagnostik und Förderung (Förderdiagnostik) ermöglichen (Eggert/Ratschinski 1993, 31).

Im DMB (2008) wurden 20 (moto-)diagnostische Kernaufgaben zusammengestellt, in denen sich in unterschiedlicher Gewichtung die fünf motorischen Basiskompetenzen abbilden. Im Vergleich zur Erstauflage des DMB (1993) wurden hier Kürzungen hinsichtlich der Anzahl und Erweiterungen hinsichtlich der Differenzierung in Form von Schwierigkeitsgraden vorgenommen (vgl. Eggert u. a.

2008). Die Kernaufgaben sind entweder aus bewährten Verfahren entnommen oder neu konzipiert worden. Die Aufgaben aus den Inventaren, einschließlich Variationen, können im Sinne von Vorher-Nachher-Beobachtungen zur Einschätzung von Entwicklungs(fort)schritten genutzt werden.

Nr.	Name der Aufgabe	Motorische Basiskompetenzen
1.	Spannbogen	Kraft/Ausdauer, Gleichgewicht
2.	Schlussssprung	Kraft, Schnelligkeit, Gleichgewicht
3.	Dreieckslauf	Schnelligkeit, Gelenkigkeit
4.	Springen im Wechsel	Kraft/Ausdauer, Schnelligkeit, Gelenkigkeit Gleichgewicht,
5.	Über Gymnastikstab steigen	Gelenkigkeit, Gleichgewicht
6.	Auf Zehenspitzen stehen	Gleichgewicht, Kraft
7.	Auf einem Bein stehen	Gleichgewicht
8.	Balancieren auf einer Langbank	Gleichgewicht, Schnelligkeit
9.	Ball hinter den Kopf heben	Gelenkigkeit, Gleichgewicht, Kraft
10.	Weg nachzeichnen (grob)	Gelenkigkeit , Schnelligkeit
11.	Bohnsensäckchen werfen	Schnelligkeit, Gelenkigkeit, Kraft
12.	Bohnsensäckchen kicken	Schnelligkeit, Gelenkigkeit, Kraft, Gleichgewicht
13.	Ball um den Fuß führen	Gelenkigkeit, Gleichgewicht, Schnelligkeit
14.	Gummitwist	Schnelligkeit , Kraft, Gleichgewicht
15.	Drehen im Sprung	Kraft, Schnelligkeit, Gleichgewicht
16.	Lochplatte stechen	Schnelligkeit, Gelenkigkeit, Kraft
17.	Umfahren geometrischer Formen	Schnelligkeit, Kraft, Gelenkigkeit
18.	Kugeln umstecken	Schnelligkeit, Gelenkigkeit
19.	Weg nachzeichnen (fein)	Schnelligkeit , Gelenkigkeit, Kraft
20.	Ausschneiden	Gelenkigkeit, Kraft

Tab. 12: Kernaufgaben DMB

Das **Vorgehen** lehnt sich an die von Eggert/Ratschinski (1993) erstellten Konstruktionsprinzipien bzw. Merkmale von Diagnostischen Inventaren an:

1. Es soll ein breites Spektrum von Handlungen erfasst werden, d. h., dass eine Vielfalt von verschiedenen Aufgaben durchgeführt wird, um etwas über eine Entwicklungsdimension aussagen zu können.

2. Die diagnostische Sequenz soll alltagsnah sein. Das bedeutet, dass dem Kind die Aufgaben, die Umgebung und das Material vertraut sein können bzw. sollen.
3. Die Situationen sollten offen gestaltet sein, so dass jederzeit individuell auf das Kind eingegangen werden kann.
4. Innerhalb der Situation wird eine Einheit von Diagnostik und Förderung angestrebt, das bedeutet, dass jede Diagnostiksituation gleichzeitig eine Fördersituation darstellt und umgekehrt, dass jede Fördersituation zu neuen diagnostischen Erkenntnissen beitragen kann.
5. Es geht um die Beschreibung individueller Entwicklungsverläufe, und somit wird auf normative Vergleiche verzichtet; das Bezugssystem ist hier das Individuum selbst.
6. Innerhalb der Beschreibung wird der Fokus auf Veränderung von individuellen Kompetenzen gelegt, d. h. auf Weiterentwicklung.
7. Die Aufgaben selbst können variabel zusammengestellt und auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Kinder abgestimmt werden.
8. Eine diagnostische Überprüfung kann in mehreren Phasen stattfinden, z. B. über mehrere Tage/Stunden verteilt. Außerdem können verschiedene Methoden der Erkenntnisgewinnung, wie z. B. Beobachtung, Gespräch, schriftliche Befragung, eingesetzt werden.
9. Die Subjektivität der Beobachtung wird bewusst gemacht und es geht um die Reflexion bzgl. der zu beobachtbaren Dimensionen (Betonung der Validität).
10. Eine Durchführung in Kleingruppen ist möglich, wobei der Rahmen unterschiedlich gestaltet sein kann (z. B. Spiel, Parcours, Geschichte). Empfohlen wird die Arbeit im Team und/oder mit einer Videokamera, so dass eine genaue Analyse erfolgen kann.

Die Aufgaben selbst werden durch den Anwender erklärt und vorgeführt, so dass sie vom Probanden über verschiedene Sinneskanäle (vor allem visuell und auditiv) aufgenommen werden können. Instruktionen sind so zu wählen, dass sie individuell verständlich und nachvollziehbar sind. Sie können durch weitere Informationen und Demonstrationen ergänzt werden.

Ergänzend kann erwähnt werden, dass zur **Planung** einer derartigen (förder-) diagnostischen Sequenz ein sog. „Diagnostisches Menü“ erstellt werden kann. Die Beantwortung von „Menü-Fragen“ erleichtert dabei die Planung (vgl. Eggert/Reichenbach/Bode 2003, 143)¹⁹.

¹⁹ Ein derartiges präzises Vorgehen existiert noch nicht in der Ursprungsversion des DMB, jedoch in den Weiterentwicklungen der Diagnostischen Inventare, welche im Sinne von Eggert auf das DMB übertragen werden können.

Wenn der Pädagoge überlegt ein Diagnostisches Menü zu erstellen, sollte er folgende „**Menü-Fragen**“ beantworten:

1. Für wen erstelle ich das Menü? (Klientel, Alter, Gruppe/Einzel)
2. Wodurch spreche ich das Interesse der Kinder an? (Thema)
3. Was möchte ich mit dem Menü beobachten bzw. erfassen? (Entwicklungsbereich, z. B. Motorik)
4. Möchte ich einen Aspekt des Entwicklungsbereiches schwerpunktmäßig erfassen? (z. B. Gleichgewicht)
5. Wie umfangreich soll das Menü sein? (Zeit)
6. Was stellt den Rahmen des Menüs dar? (Unterricht/Förderung; Parcours, Geschichte, Erzählung, ...)
7. Welche Aufgaben wähle ich von den Aufgaben des DMB für die diagnostische Erfassung und/oder Förderung aus?
8. Wie muss oder kann ich die Aufgaben differenzieren, so dass sie bewältigt werden können oder eine Herausforderung darstellen? (Schwierigkeitsgrade)
9. Was kann ich wahrscheinlich mit den gewählten Aufgaben zusätzlich beobachten? (z. B. Motorik, Wahrnehmung, Kognition, ...)

Die **Auswertung** der Beobachtungen erfolgt zum einen anlehnend an das zugrunde liegende theoretische Modell und zum anderen in Form einer Eindrucksanalyse. Mittels der angegebenen Dimensionen und Kompetenzbereiche können Hypothesen hinsichtlich der individuellen Entwicklung aufgestellt werden. In den Inventaren sind beispielhaft Beobachtungs- und Interpretationsmöglichkeiten angegeben, die individuell ergänzt werden können/müssen.

In einer allgemeinen Eindrucksanalyse geht es um das Aufgabenverständnis, das Entwickeln von Lösungsstrategien, die Reaktionen auf (Miss-)Erfolg, das Durchhaltevermögen, das sozial-emotionale Verhalten und andere Eindrücke, die von dem Kind gewonnen werden. In dem Zusammenhang weist Eggert ausdrücklich darauf hin, dass Diagnostik **Beziehung** bzw. Beziehungsgestaltung ist und die (entstehende/bestehende) Beziehung das Ausmaß und das Zutreffen möglicher Hypothesen der Beobachtung, der Interpretation und der Förderung bestimmt (vgl. Eggert 2000, 8). Die vom Diagnostiker getroffene Auswahl der Situationen für Beobachtung und Förderung bestimmt die Reichweite der Beobachtungen und Interpretationen, insofern ist ein höheres Maß an Professionalität und ein großer pädagogischer und psychologischer Erfahrungsschatz erforderlich – mehr als in anderen diagnostischen Vorstellungen. Eine erhöhte Professionalität und Verantwortung ist ebenso durch freiere bzw. flexiblere handhabbare „Methoden“ erforderlich (ebd.).

Die erzielten Beobachtungen bzw. ermittelten Befunde dienen nicht als Ausschlussdiagnostik, sondern als Förderdiagnostik im Rahmen einer Förderung. Es sollen sowohl Stärken als auch Schwächen und damit Förderbedürfnisse er-

mittelt und dementsprechend die Förderung zielgerichtet durchgeführt werden. Dazu ist es erforderlich, Beobachtungen detailliert, zum Beispiel mit Hilfe eines Individuellen Entwicklungs- und Förderplanes (IEP) (vgl. Eggert u. a. 2007), festzuhalten. Dementsprechend ist es als äußerst bedeutend zu erachten, eine Arbeit in einem (multidisziplinären) **Team** anzustreben, welches (gemeinsam) ein Kind beobachtet und Förderpläne erstellt.

In den verschiedenartigen Ausführungen zu der Arbeit mit Diagnostischen Inventaren wird deutlich, dass ein **Menschenbild** zugrunde liegt, welches den Menschen zum einen als aktives Wesen begreift und zum anderen den Schwerpunkt der Betrachtung auf Entwicklungspotenziale legt. Das wird auch durch die von Eggert formulierten veränderten Fragen in der Diagnostik deutlich, wobei er hervorhebt, dass sich Fragen einer Entwicklungsdiagnostik zu denen einer Testdiagnostik insofern unterscheiden, dass sie „eine wesentlich größere Reichweite des Fragens“ umfassen (2000, 33). Es wird nicht allein nach dem Ist-Zustand gefragt bzw. dieser beobachtet, sondern es werden Fragen bezüglich des Entwicklungsverlaufs (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft) gestellt und vielfältige mögliche Hypothesen (situations-, institutionsbedingt o. ä.) gebildet.

3.9 **Petermann/Bös/Kastner (2011): Movement Assessment Battery for Children – Second Edition (Movement ABC-2)**

Die M-ABC wurde erstmals 1992 von Henderson und Sugden für Kinder im Alter von 4–12 Jahren zur Erfassung des motorischen Entwicklungsstandes bzw. zur Überprüfung der koordinativen Fähigkeiten konzipiert. Eine erste Auflage für den deutschsprachigen Raum erfolgte durch Petermann/Bös/Kastner im Jahr 2008. Die deutsche Version ist für Kinder im **Alter** zwischen 3 bis 16 Jahren erschienen. Die M-ABC-2 soll als **Test** „zur Identifikation motorischer Defizite, ... im Rahmen von Interventionsplanungen, der Evaluation von Therapiemaßnahmen und in der Forschung eingesetzt werden“ (Petermann u. a. 2011, 27). Eine Kombination von quantitativen und qualitativen Informationen ist möglich, da Hinweise für Beobachtungen vorliegen.

Die M-ABC-2 in ihrer jetzigen Form ist das Ergebnis eines langen Forschungs- und Entwicklungsprozesses, welcher 1966 begann. Erste Vorversionen waren der von Stott u. a. entwickelte TOMI (1972, Test of Motor Impairment) und dessen Revision durch Henderson (1984). Weitere **theoretische Bezüge** bestehen in der deutschen Version insofern, dass sich ein theoretisches Modell zur Struktur des koordinativen Fähigkeitsbereiches Entwicklung findet.

Es wird davon ausgegangen, dass zum Erfassen koordinativer Fähigkeiten verschiedene Aspekte miteinander verknüpft werden, so z. B. Präzision und Geschwindigkeit. Koordination umfasst die „Koordination unter Zeitdruck“ und die „Koordination zur genauen Kontrolle von Bewegungen“. Beweglichkeit meint passive Systeme der Energieübertragung. Die **Motorische Grundeigenschaften**